DWS-HCD 874-SP
Rev. 08/2015

Estado de Utah
Department of Workforce Services

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA H.E.A.T/HELP/EAF
(Objetivo de Asistencia con Energía del Hogar)

1. Información del Solicitante:

Nombre: _____ Fecha: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

N° de Seguro Social: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento: _____
Mes Día Año

Domicilio: Correo Postal: (si es diferente)

_____ _____
Nombre y Número del Edificio de Departamentos: Nombre y Número del Edificio de Departamentos:

_____ _____
Calle N° de Unidad Calle o Casilla de Correo

_____ _____
Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

N° de Teléfono ( ) _____ N° de Teléfono Secundario ( ) _____

Dirección de Email: _____

2. ¿Ha solicitado el Programa HEAT antes? ☐ Sí ☐ No Fecha:_____Oficina: _____

3. Origen Étnico: ☐ Indio Americano ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Asiático
☐ Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____

4. Usted es: Ciudadano de los EE.UU: ……..... ☐ Sí ☐ No
Si respondió "No", entonces provea documentos de residencia legal si es que se aplica.

5. Otras personas en mi grupo familiar incluyendo otros adultos y niños. (Continúe la lista en la parte posterior si es necesario)

Nombre (Primer Nombre, Apellido)	**Parentesco**	**Fecha de Nacimiento** (mm/dd/aaaa)	**Edad**	**N° de Seguro Social**	**Sexo**	**Ingreso**	**Ciudadano**
					M F	Sí No	Sí No
					M F	Sí No	Sí No
					M F	Sí No	Sí No
					M F	Sí No	Sí No
					M F	Sí No	Sí No

6. Composición del Grupo Familiar:

Menores de 3 años..... ☐ Sí ☐ No
Menores entre 3 y 5 años de edad…... ☐ Sí ☐ No
Personas de 60 años o mayores…. ☐ Sí ☐ No
Discapacitado/Minusválido..... ☐ Sí ☐ No
¿Ciudadanos de los EE.UU - Todos? ☐ Sí ☐ No
Recibiendo SNAP (Asistencia Alimenticia) ☐ Sí ☐ No
¿Ex-Combatiente de los EE.UU? ☐ Sí ☐ No

N° de Adultos: _____ N° de Niños (Menores de 18 años) : _____ Cantidad Total en el Grupo Familiar: _____
Nota: Usted necesita proveer las tarjetas de Seguro Social para todas las personas del grupo familiar.

7. Su vivienda es un(a) (marque una):

☐ Casa ☐ Casa Adosada
☐ Dept. (3 o más unidades) ☐ Dúplex
☐ Condoinio
☐ Deptamento de Sótano ☐ Casa Móvil
☐ Casa Remolque Pequeña ☐ Cuarto de Pensión

8. ¿Usted alquila o es dueño de su casa? _____ ¿Cuál es la fuente principal de calefacción? _____

9. ¿Es su renta subsidiada? …. ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto es el pago de la renta o hipoteca mensual? $ _____

10. ¿Su renta incluye servicios públicos? ….. ☐ Sí ☐ No ¿Qué servicios públicos? _____

11. El pago de H.E.A.T. se debe hacer para los siguientes servicios públicos en los porcentajes que se listan abajo: (100%, 50/50%, o 25/75%): No se puede cambiar ya sea el proveedor de servicios públicos o el porcentaje después de haber presentado la solicitud. Asegúrese de poner un círculo alrededor de Estado de Cuenta de cada servicio público. Si usted pone un círculo alrededor de "48HR" usted debe incluir una copia de su notificación de "Corte de Suministro Eléctrico en 48 horas". Para gas propano, ponga un círculo alrededor de "ON" si tiene suministro, "OFF" si ya no tiene o está desconectado, y "48HR" si se le agotará dentro de 48 horas.

%	Nombre de la(s) Compañía(s) de Servicios Públicos	Estado de Cuenta (marque sólo una)	Número(s) de Cuenta(s)	Nombre en la Cuenta (Si no es el solicitante,provea explicación)
		ON / OFF / 48		
		ON / OFF / 48		

Nombre de la compañía de electricidad y número de cuenta si no la incluyó arriba: _____

12. Ingresos: Ponga los ingresos y/o asistencia que usted o cualquier persona que vive con usted reciben. Adjunte todos los talones de pago y comprobantes de todos los tipos de ingresos para el **último mes**. Todos los adultos en el grupo familiar que no tengan ingresos, o ganancias netas de un negocio por cuenta propia deben llenar e incluir un formulario de Declaración de Déficit en Ingresos

Tipo de Ingresos Salariales	Sí / No	Nombre del Recipiente	Fecha de Pago	Cantidad Bruta	Frecuencia (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual)
Empleo	Sí No				
Empleo	Sí No				
Empleo	Sí No				
Empleo	Sí No				
Empleo por Cuenta Propia	Sí No				
Empleo por Cuenta Propia	Sí No				

Tipo de Ingresos Salariales	Sí / No	Nombre del Recipiente	Fecha de Pago	Cantidad Bruta	Frecuencia (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual)
Seguro Social, SSI, SSD	Sí No				
Seguro Social, SSI, SSD	Sí No				
Seguro Social, SSI, SSD	Sí No				
Desempleo	Sí No				
Desempleo	Sí No				
Pensión Alimenticia (Alimony)	Sí No				
Anualidades	Sí No				
Sustento de Menores (Child Support)	Sí No				
Asistencia General	Sí No				
Pensión	Sí No				
Jubilación de Ferrocarriles	Sí No				
Propiedad para Renta	Sí No				
Jubilación	Sí No				
TANF/FEP	Sí No				
Beneficios a Excombatientes	Sí No				
Ingresos por Accidente Laboral (Workers Comp)	Sí No				
OTRO	Sí No				

Agregue hojas adicionales si es necesario para proveer información de otras fuentes para todos los miembros del grupo familiar.

13. Deducciones Médicas: Liste cualquier pago de primas de seguro de salud, dental, o de visión, medicamentos recetados, y pagos a doctores, hospitales, o clínicas médicas/dentales que haya pagado **en el último mes**. Debe incluir comprobantes de pago con esta solicitud. Todos los recibos deben ser por pagos en el mes de ingresos en la lista de la pregunta 12. (Agregue hojas adicionales como sea necesario).

Nombre de la Persona	Tipo de Gasto Médico	Comprobante de Pago	Fecha de Pago	Cantidad Pagada
				$
				$
				$
				$

14. Deducciones por Pensión Alimenticia (Alimony)/Sustento de Menores (Child Support): ¿Usted o alguien en su grupo familiar pagó pensión alimenticia o sustento de menores **el mes pasado**? ..... ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", usted debe incluir copias de los recibos o comprobantes con esta solicitud. Todos los recibos deben haber sido pagados en el mismo mes en el cual se listan ingresos en la pregunta 12.

DECLARACIÓN: Yo entiendo que no se puede cambiar ni el proveedor de servicios públicos ni el porcentaje de mi pago HEAT. Al firmar esta solicitud, yo certifico bajo pena de perjurio que la información que entregué en esta solicitud es verdadera, y que el proveer información falsa puede requerir el tener que devolver todos los fondos recibidos. Estoy de acuerdo con cooperar con los oficiales estatales o federales con el cumplimiento de cualquier revisación de mi solicitud y con entregar toda la información necesaria para verificar cualquier declaración incluida aquí. Mediante la presente yo autorizo a los oficiales del programa HEAT para que hagan investigaciones con personas, compañías, instituciones financieras, y de otras agencias estatales o federales para asistir en el proceso de mi solicitud. Yo entiendo si yo no presento toda la información necesaria para establecer mi elegibilidad dentro de 10 días desde esta fecha, se me puede denegar mi solicitud. Yo también entiendo que tengo el derecho a tener una Audiencia Imparcial (Fair Hearing) si se me deniega la solicitud. Yo además entiendo que si los fondos federales de HEAT se agotan antes de terminar de procesar mi solicitud, el Estado de Utah no tiene ninguna obligación de hacer pagos.

Con esto también verifico que, si califico, me gustaría recibir el programa de descuentos HELP de Rocky Mountain Power y el de crédito de EAF (Fondo de Asistencia para Energía) de Questar Gas. Yo notificaré al Estado de Utah al 866-205-4357 si mi situación cambia y ya no califico para el descuento de HELP y entiendo que el no cumplir con esto podría requerirme que devuelva la cantidad de diferencia entre los montos elegibles y los no elegibles.

Firma _____ **Fecha** _____

Si usted piensa que ha sido tratado en forma injusta por el programa HEAT, llame al 866-205-4357 para tener asistencia.

SÓLO PARA USO OFICIAL

1. INCOME FORMULA
Total NET Income $_____
divided by 100% of the Poverty Amount for a household size of ____ (see table) $_____ = _____%
(Ineligible if over 150%)
subtract the % amount from $205.00 = $_____

Total #1: $_____

2. ENERGY BURDEN
FUEL TYPE: _____
Household Energy Cost (Select one):
Actual Costs $_____
House Standard $_____ Apt. Stand. $_____
Room & Board Stand. _____ (10% of rent)

Divide Energy Cost selected above by total NET income _____ = _____ X $7.00 = _____
(Max. of 25)
Total #2: $_____

3. TARGET GROUPS
Child under 6 _____
Disabled _____
Over 60 _____

(If household has any members in a target group add $150)

Total #3: $_____

*Add totals from boxes 1, 2, & 3 for estimated Total HEAT Benefit: $*_____

Programa/Empleador No Discriminatorio
Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al (801) 526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah).
Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.